Patient:innenenetikette

ARZT/ÄRZTIN

Voraussetzungen für frühe Remobilisation:

Prinzipiell ist eine möglichst frühe Mobilisierung anzustreben, (s.u. Seite 2).
Die Mobilisierung erfolgt initial unter Monitorkontrolle.

Zuwarten ist geboten bei:

Vitalparameter: RR < 120 oder > 220 mmHg, O_2 Sättigung ≤ 92, Herzfrequenz < 40 oder > 100/min, Temp ≥ 38 ° C	JA ❍	NEIN ❍
Klinik/CT: Raumfordernde Infarkte, größere Einblutung, Progressive Stroke, Bewusstseinstrübung	JA ❍	NEIN ❍
Ätiologie: gravierende hämodynamische Beeinträchtigung (Karotisverschlüsse mit schlechter Kollateralisierung,…)	JA ❍	NEIN ❍
Begleiterkrankungen: PE, MCI, Endokarditis, Lungenödem, intrakardialer Thrombus, ausgedehnte Pneumonie, Sepsis, …	JA ❍	NEIN ❍
Nach Interventionen wie IVT oder EVT, insbesondere wenn unvollständige Rekanalisation (persistierende Penumbra)	JA ❍	NEIN ❍

Beachte: Bei akutem Großgefäßverschluss Flachlagerung bis zur EVT (zerebrale Hypoperfusion!)

THERAPEUT/THERAPEUTIN

Vigilanz für aktive Mobilisationsformen gegeben?	JA ❍	NEIN ❍
Kopfkontrolle ausreichend? Oder weitere Hilfsperson nötig?	JA ❍	NEIN ❍
Schulter subluxiert oder schmerzhaft? (Supervision!)	JA ❍	NEIN ❍

Mobilisation nach TIA/Schlaganfall

Erste 24 h nach Aufnahme	Ab Tag 2, Tag 3,……
TIA ohne Gefässverschluss	
Kleiner Infarkt, asymptomatisch	
Subakuter Infarkt mit > 24 h nach Symptombeginn	
Infarkt, NIHSS ≥ 1, offene Gefässe, konservativ	
Infarktlokalisation Pons/Capsula Interna/A. choroidea	
Hämodynamische Infarkte. Schwere Hyoperfusion. Persistierende Penumbra. Vor allem vorgeschaltete Stenosen/Verschlüsse/Dissektonen, etc., konservativ	
Raumfordernde Infarkte, größere Einblutung, Progressive Stroke, Bewusstseinstrübung	
IVT, EVT, Bridging, insbesondere wenn unvollständige Rekanalisation (+persistierende Penumbra, Hypoperfusion)	

- Mobilisation frei
- Mobilisation verzögert* (abhängig von persistierender Penumbra und Symptomen)
- Oberkörper Hochlagerung 30 Grad bis max. 60 Grad

* **Mobilisation verzögert:** von
a) Oberkörperhochlagerung,
b) Bettrand sitzen + Lehnstuhl, bis
c) gehen in Begleitung

Frühmobilisation wird generell angestrebt, um Komplikationen zu reduzieren. Evidenzlage für besseres Outcome allerdings gering.
Zu beachten sind: Infarktgröße, Gefäßverschlüsse, Interventionen, cerebrale Hämodynamik, etc….. und Vitalparameter, insb. Blutdruck, Herzfrequenz sowie weitere kardiale Parameter (MI, PE, kardiale Insuffizienz, Pneumonie, etc.)
Zu beachten als Therapeut:in: Vigilanz für aktive Mobilisationsformen gegeben? Kopfkontrolle ausreichend? Oder weitere Hilfsperson nötig? Schulter subluxiert oder schmerzhaft? (Supervision!!!)

https://www.cochrane.de/sites/cochrane.de/files/uploads/12_2019_mobilisation_nach_schlaganfall.pdf
Bernhardt J, et al. Early Mobilization After Stroke. Topical Review. Stroke 2015; 46:1141-1146